JUN 19 1923 LIBRARY

1922

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Halle (Saale).
Direktor: Professor Dr. Voelcker.

# Zur Frage des Ulcuscarcinoma ventriculi mit Berücksichtigung der chirurgischen Behandlung des Ulcus callosum.

Auszug

aus der

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

**Werner Zaar**

appr. Arzt

aus Danzig.

Referent: Professor Dr. Voelcker.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922.

Seit der Hauserschen Abhandlung 1883 bis in die Gegenwart ist die Frage der malignen Degeneration des Ulcus ventriculi wegen ihrer großen wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung häufig bearbeitet worden.

Bei der Entstehung haemorrhagischer Erosionen als Vorstufe der Ulcera spielen entzündliche Vorgänge keine Rolle. Embolien und Thrombosen der kleinen Magengefäße, denen Hauser die Entstehung der Erosionen zuschrieb, haben auch nur eine beschränkte Bedeutung. Am häufigsten entsteht diese Erkrankung durch neurogene Einflüsse. Die Annahme einer „ersten Erkrankung" (Rössle) und einer „spastischen Disposition" ist nicht erforderlich, reflektorische Nervenreize zentraler und peripherer Natur genügen zur Erklärung. Nicht Krämpfe der Muskularis mucosa, sondern der kleinsten Magengefäße sind für die Entstehung der Erosionen hauptsächlich Ausschlag gebend. Für das Chronischwerden der Geschwüre kommen weniger lokale Gefäßerkrankungen (Hauser), als neben dem Magensaft der chronische mechanische Reiz (Aschoff) inbetracht, durch den auch die Geschwürsform erklärt wird.

Für die Aetiologie des Magenkrebses gibt die Irritationstheorie die beste Erklärungsmöglichkeit, während die Cohnheim'sche Theorie nicht verwertbar ist.

Das Carcinom ist das Endstadium einer kürzeren oder längeren Reihe von pathologischen Vorgängen. Als Vorstadien des Ulcuscarcinoms sind die atypischen Drüsen- und Epithelwucherungen am Ulcusrand, die als reaktive und regenerative Processe zu bezeichnen sind, aufzufassen.

Eine Gastritis ist weit seltener beim Ulcus als beim Carcinom zu finden. Die Gastritis ist eine praecarcinomatöse Erkrankung.

Zur malignen Degeneration disponieren chronische Ulcera, die nur geringe oder gar keine Neigung mehr zur Ausheilung zeigen. Frische Ulcera kommen für eine Krebsbildung nicht inbetracht.

Eine makroskopische Differentialdiagnose zwischen Ulcus und ubzeriertem Carcinom kann meist nicht gestellt werden, auch die mikroskopische Diagnosestellung stößt häufig auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Die atypischen Drüsenwucherungen sind leicht mit Carcinom zu verwechseln.

In einer Statistik über die Häufigkeit der Ulcuscarcinome auf Grund von Sektions- und Resektionspräparaten schwanken die Prozentzahlen fast von 0—100; dagegen gibt die Statistik auf Grund jahrelanger Nachbeobachtung intern und chirurgisch behandelter Ulcuskranker brauchbare Werte. Wir müssen mit 2—3 % maligner Degeneration des Ulcus rechnen.

Die klinischen Untersuchungsmethoden geben uns kein sicheres differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung von Ulcus und Carcinom. Es wird der Wert von Anamnese, Schmerz, Blutungen, freier Salzsäure, Milchsäure, der Salomonschen Probe, des Salomon-Charnass'schen Urobilinogennachweises im Stuhl, der Blutuntersuchung, des Graeber-Röhmerschen Haemolysenachweises und der Abderhaldenschen Serumreaktion für eine Differentialdiagnose besprochen.

Bei der Therapie handelt es sich um die Frage: Gastroenterostomie oder Resektion. Nach einem kurzen Ueberblick über die Geschichte beider Operationen, werden an Hand von Statistiken die Vor- und Nachteile beider Operationsmethoden besprochen. Die Nachteile der Gastroenterostomie sind: leichte Verwechslungsmöglichkeit zwischen Ulcus und Carcinom, schlechtere Dauerresultate als bei der Resektion, häufige Recidive, postoperative Blutungen, sekundäre Perforation, Gefahr der malignen Degeneration, Ulcus pepticum jejuni, Komplikationen, die nach den aufgestellten Statistiken bei der Resektion weit seltener zu erwarten sind.

Die Operationsmortalität der Gastroenterostomie ist halb so groß als bei der Resektion; doch nähern sich bei den neusten Statistiken die Zahlen der Resektionsmortalität (etwa 3 %) denen der Gastroenterostomie, sodaß die Resektion in Zukunft als Operation der Wahl anzusehen ist.